RHUMATISMEARTICULAIRE AIGU

DR STAIFI

DR KADOUR

CHU SETIF

PLAN

- DEFINITION
- EPIDEMIOLOGIE
- ETHIOPATHONEGIE
- ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- DIAGNOSTIQUE
- BIOLOGIE
- DIAGNOSTIQUE POSITIVE
- TRAITEMENT

I- definition:

- Le_ RAA ou maladie de Bouillaud est une complication inflammatoire retardée des infections des voies aériennes sup
- Streptocoque B hemolytique du groupe A
- Touchant essentiellement les articulations , le cœur et le SNC

II- Epidémiologie

- **Il touche l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune avec un pic à l'age scolaire: 5-15 ans**
- **Rare avant 03 ans**
- **Exceptionnel après 25 ans**
- **Dans les pays en voie de développement le RAA est un problème de santé publique .**
- **incidence en 1990: 3%**
- **Sexe ratio:1**
- **FDR: niveau économique bas, promiscuité, malnutrition, absence d'ATB**
- **un programme de lutte contre le RAA a été lancé en 1990 en Algérie.**

III-etiopathogenie

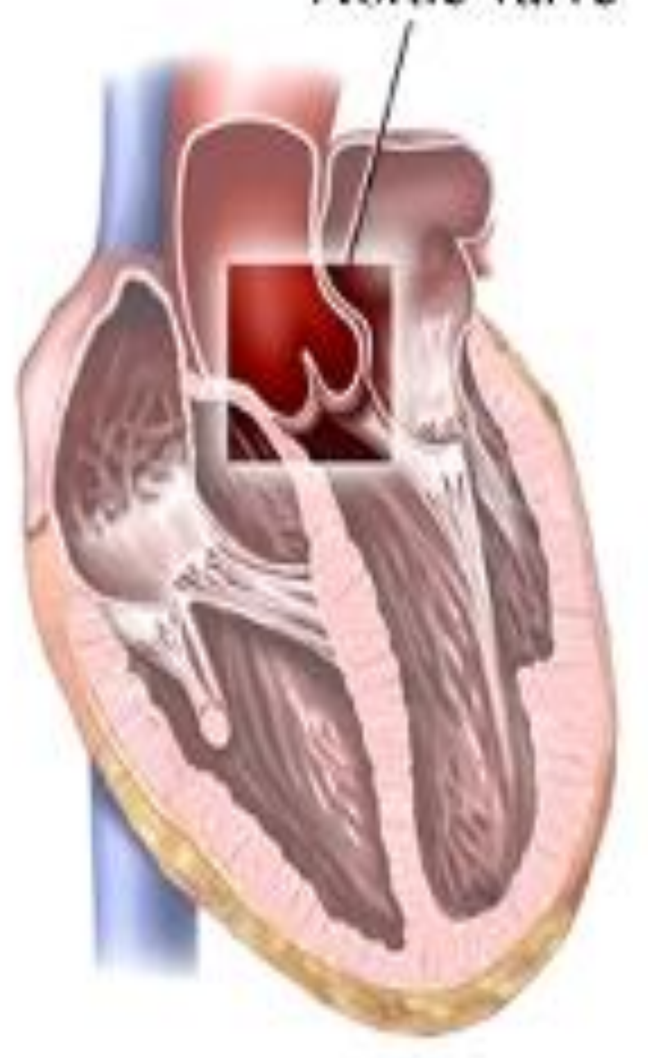
- **L'agent causal est le streptocoque beta hemolytique:cocci gram+,plusieurs serotypes le plus incriminè est le groupe A**
- **Il produit des AG solubles difusibles: streptolysine, streptokinase,streptodornase, hyaluronidase**
- **Mecanisme non elucidè: origine auto-immune: analogie structuralle entre les proteines de la capsule du strepto(Met C) etcertaines cellules du myocarde ,du noyau caudé et des articulations.**
- **Atteinte articulaire et cardiaque 15 a 20j après**

l'infection

IV-anatomie-pathologique

- **A- lésion initiale:** non spécifique, exsudative avec fibres collagène infiltrées , réversible
- **B- lésion secondaire:** irréversible, nécrose fibrinoide au sein d un granulome + thrombose, réaction histiocytaire en périphérie et néo-vx: **nodule d'Ashoff**
- **C-cicatrisation:** la substance fibrinoide et remplacèe par la sclérose (épaississement-rétraction valvulaire-fusion des commissures)

Aortic valve



Normal aortic valve







Open

Closed

Aortic valve stenosis





Open

Closed

V-diagnostic

- **Signes généraux:**

-Fièvre modérée < 39°c

-Asthénie, anorexie, amaigrissement.

-pâleur.

A-arthrite:

- **Polyarthrite aigue fébrile touchant surtout les grosses et moyennes articulations (genoux-chevilles-coude) rarement doigts hanches et vertèbres.**
- **Atteinte mobile, fugace(03j - 01 semaine), migratrice**
- **sans séquelles, guérison spontanée en 02 mois(le RAA lèche les articulations)**
- **Parfois c'est des arthralgies.**

B-cardite:

- La cardite représente le risque majeur du RAA.
- 50%diagnostiquées par l’auscultation et 70% par l’echo doppler.
- L’IM et l’IA sont contemporaines de la crise de RAA
- Le RM et le RAO surviennent après plusieurs années.

***Cardite légère: péricardite, souffle minime infra clinique parfois, régresse sous trt.**
***Cardite modérée: valvulopathie mitrale ou aortique soufflante, rarement régressive sous trt , cœur normal ou peu augmenté de volume**
***Cardite sévère: cardiomégalie avec séquelles valvulaires importantes**

- **C-choree de Sydenham:**
- **tardive âpres 02 a 06mois de l'infection**
- **isolée ou associée**
- **début insidieux avec des mouvement anormaux puis ataxie avec des mvmt incohérent désordonné sans but**
- **irritabilité a l'émotion**
- **diminue durant le sommeil**
- **pas de sd inflammatoire**
- **guérison sans séquelles**
- **seule suffit au diagnostic.**

D-manifestations cutanées

- **Erythème marginé de Besnier**: tronc et racines des membres, larges macules ou papules arrondies et rosées, centre pale, migrateur, pas de prurit, souvent associé a une cardite.
- **Nodules cutanés de Myenet**: arrondis, fermes taille variable, en regard des art, indolores, guérison sans séquelles en quelques j



- **Autres signes:**

-Cytolyse hépatique

-GNA

-Epanchement pleural et pneumopathies.

Biologie

- **Signes inflammatoire:**

-Anémie inflammatoire.

-Hyperleucocytose.

-VS accélérée, si > 60 la 1 h: cardite a craindre.

-CRP positive

-Hyperfibrinémie.

-ASLO > 250UI/l

-élévation du taux sur 02 prélèvement espacées de 15j.

-Des ASLO normaux n'élimine pas le DG.

Diagnostic positif

- **I-Criteres de JONES:**
- **Majeurs:**
- **Cardite**
- **Polyarthrite**
- **Chorée**
- **Erythème marginé**
- **Nodules sous cutanés**

II- critères mineurs

- **Cliniques:** fièvre 38,2--arthralgies
- **Para cliniques:** vs > 50 la 1h /CRP+/ PR allongé

III-preuve de l'infection streptococcique: -

-culture pharyngée
-identification du germe
- taux élevé des AC(ASLO)-scarlatine

- Le dg est pose sur

- 02 critères majeurs
- 01 critère majeur et 02 critères mineurs
- la preuve de l'infection

En cas d'ATCD de RAA ou de cardite rhumatismale sequéllaire .
un seul critère majeur ou plusieurs critére mineur
la preuve de l'infection

*la chorée seul permet le diagnostic

- **Cas particulier:**
- **syndrome post streptococcique mineurs:**
- **dg devant polyarthralgies10 a15j après une angine streptococcique confirmée.**
- **ou devant une angine fébrile trainante avec vs sup a 50 la 1h.**

TRAITEMENT

A- traitement curatif:

-Trt de l infection streptococcique: pénicilline retard /15j

si allergie erythromycine 30 mg/ j pendant 10j en 3 a 4 prises

-Trt anti-inflammatoire: par prédinsonne 2mg/kg durant la phase d'attaque (2 a 3 semaines)

ensuite dégression durant la phase d'entretien(6 a 9 s)

- Repos et régime hyposodé hypoglucidique et du k.

-Education de la famille.

-Si insuffisance cardiaque: diuretiques,VD et digitaliques.

-Si chorée :neuroleptiques(haloperidol 0.2 a 0.5 mg/kg).

B- trt preventif

- **Prevention primaire** par trt de tt angine strept(gorge rouge-ADP cervicales exsudat blanc)a base d'extencilline 1,2 M si poids sup a 30KG et 600 000 si poids inf.
- **Preventionsecondire**=parextencilline/21 j a vie si atteinte cardiaque

- **Education du patient** pour la poursuite de prophylaxie et les soins dentaires

VI- Evolution /pronostic

- **Le PC dépend de l'existence ou non d'une cardite.**
- **En absence de prophylaxie ,les rechutes sont fréquentes surtout les 05 premières années avec aggravation de l'atteinte cardiaque..**
- **Les lésions cardiaques peuvent progresser même en absence de rechutes: cicatrisation trainante.**